

**Departamento de Saúde Pública de Massachusetts**  
**Programa de Intervenção Precoce**  
**Formulário de Solicitação de Isenção da Taxa Familiar**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Programa de Intervenção Precoce: \_\_\_\_\_

**SECÃO A: INFORMAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome jurídico da criança: \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do pai/mãe/responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço do pai/mãe/responsável: \_\_\_\_\_

**SECÃO B: PLANILHA DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS**

Você *deve fornecer* documentação junto a este formulário de qualquer despesa médica que tenha pago do seu próprio bolso por atenção à criança e/ou outros membros da família ou por perdas devido a desastres naturais (por exemplo, incêndios, inundações, tornados, etc.) **durante os últimos 12 meses**. A sua despesa deve ser igual ou maior a 15% de toda a renda bruta familiar para se qualificar para uma isenção. Favor preencher um Formulário de Solicitação de Isenção da Taxa Familiar por cada criança inscrita no programa de Intervenção Precoce.

<b>Tipo de despesa</b>	<b>Valor da despesa</b>
Hospital, médico, ambulância (co-pagamentos, franquias, despesas não cobertas pelo seguro)	
Medicamentos vendidos com e sem receita médica	
Materiais, provisões, modificações relacionadas à deficiência	
Equipamento especializado	
Suplementos nutricionais especiais	
Assistência odontológica	
Tratamento de saúde mental (não coberto pelo seguro)	
Terapias (fora do programa de Intervenção Precoce)	
Assistência médica em casa fornecida por uma agência licenciada	
Transporte/estacionamento relacionado com a deficiência	
Viagem e hospedagem relacionadas ao tratamento	
Modificações na casa relacionadas com a deficiência	
Despesas extraordinárias devido a desastres naturais (por exemplo, inundações, incêndios, etc.)	
<b>TOTAL DAS DESPESAS ANUAIS</b>	<b>\$</b>

**SECÃO C: DOCUMENTAÇÃO DE RENDA**

Você *deve fornecer* cópia de um dos seguintes documentos para justificar sua renda familiar anual:

- Declaração do imposto de renda mais recente
- Formulário(s) W2 e/ou 1099 mais recente(s)
- Dois (2) últimos contra-cheques/compensações consecutivos
- Se não tiver nenhuma das opções anteriores, pode-se apresentar uma declaração escrita do empregador especificando o valor do salário ou compensação e a periodicidade do pagamento (ou seja, semanal, mensal). Esta declaração deve incluir o nome da empresa/empregador, endereço, telefone e assinatura do supervisor/pessoal de recursos humanos.

Por este meio afirmo sob as penas de perjúrio que a informação fornecida é verdadeira e completa ao melhor do meu conhecimento.

**Assinatura do pai/mãe/responsável:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Por favor, envie o formulário preenchido e assinado com cópia de toda a documentação necessária para Alanna Sheils, 250 Washington Street, 5th floor, Boston, MA 02108 ou mande por fax para (617) 624-5927. O Departamento notificará o Programa por escrito uma vez que se chegar a uma determinação, geralmente dentro de 10 dias após o recebimento.